

## NEFRECTOMIA PARCIAL. CONSIDERACIONES

Por los Dres. **ARMANDO TRABUCCO, OSCAR CARREÑO**  
y **HORACIO A. LEVAT**

A pesar que la primer nefrectomía parcial fué efectuada en 1887 por Czerny, es recién en los últimos veinte años considerada como un método de aplicación corriente.

El adelanto de la cirugía, consecutivo a las mejores anestias, perfeccionamiento en las técnicas, controles de medio interno y drogas que permiten combatir las infecciones han hecho que estas intervenciones sean hoy incorporadas a la terapéutica quirúrgica con marcado éxito.

De todos modos creemos que no debe ser una operación de rutina sino de estricta selección de los casos para que la mortalidad y la morbilidad sean reducidas al mínimo y aun la decisión definitiva debe ser tomada con el riñón a la vista de acuerdo a sus características anatómicas y al grado de extensión de la lesión que a veces ni la clínica ni los estudios complementarios pueden precisar.

Hace algunos años la tuberculosis renal, en algunos de sus tipos, fué la tributaria más importante de la nefrectomía parcial.

Hoy, es la litiasis calicial la que más casos provee.

Los quistes, tumores benignos, hidrocalices, traumatismos e infartos son tratados con nefrectomía parcial.

En casos de lesiones pasibles de nefrectomía la existencia de riñón único obliga también a nefrectomía parcial.

La hemorragia, la infección y la fístula son las tres complicaciones más frecuentes y graves que se pueden presentar.

Nos vamos a referir a un caso que tuvimos la oportunidad de tratar y que nos planteó un serio problema pues la decisión quirúrgica no era fácil.

Se trata de la señora O. C. de S., argentina, de 34 años de edad, casada, modista.

Nos fué enviada por un colega, quien desde hacía varios meses la tenía en estudio y tratamiento por un dolor en hipocondrio y región lumbar derecha.

A veces las crisis dolorosas se acompañaban de vómitos biliosos.

Se hizo un estudio exhaustivo de hígado y vías biliares, no existiendo ninguna afección aparente.

Se efectuó también estudio de su intestino y columna vertebral sin encontrar lesión que justificara su dolor.

El estudio radiográfico del árbol urinario mostró una alteración morfológica del sistema calicial superior del riñón derecho moderadamente dilatado y como si presentara un doble sistema (ver figura 1). No había otra alteración radiográfica.

La radiografía simple, con abundantes gases, no permitía precisar detalles.

En el urograma, en la placa, a los 5' llama la atención la visualización de una sombra radiopaca coincidente con el sistema calicial superior, no viéndose medio de contraste en el resto del sistema. En el riñón izquierdo comienza a dibujarse la silueta pielocalicial.

Esta imagen hizo pensar en la posibilidad de la existencia de un cálculo. Se trató de efectuar pielografía ascendente derecha.

En la mesa de cistoscopia la paciente sufre una crisis nerviosa que impide efectuar toda clase de exploración.

Se la medica con sedantes y antiespasmódicos, que por otra parte ya había tomado en altas dosis.

La paciente concurre frecuentemente a la consulta quejándose siempre de dolor que le impide toda clase de actividad y que se exagera con ella. A pesar de esto se niega a efectuar la pielografía ascendente indicada. Prefiere antes ser operada.

Una nueva placa simple del árbol urinario no muestra con claridad la existencia de un cálculo en el sistema calicial.

Ante esta situación y pensando en la posible existencia de una litiasis, a pesar de la placa y ante la solicitud casi perentoria de la enferma se resuelve la intervención.

La operación se efectúa el 2 de febrero de 1961.

Incisión lumbar derecha sobre 12ª costilla que se reseca. Liberación del riñón envuelto por un proceso perinefrítico laxo. Se libera el pedículo aislándose perfectamente arteria, vena y pelvis. Se reclina con un Farabeuf pequeño el labio posterior del hilio viéndose la división de la arteria renal en dos ramas. La rama superior, da una pequeña rama apical que se libera muy bien de la grasa que lo envuelve. Una vez preparado de esta forma el hilio, con una aguja se punza el polo superior en la zona calicial en la que pensamos existía un cálculo, no recogiéndose en ningún momento la sensación de una concreción litiásica.

Se vuelve nuevamente al hilio, se exponen correctamente los vasos y se procede a ligar la pequeña rama apical superior. Se lo hace entre dos ligaduras. En seguida se comprueba la isquemia de todo el casquete del polo superior abarcando en total una quinta parte de la superficie renal.

Justo a nivel del límite de la isquemia se procede a reseca en cuña este sector del polo hasta llegar a la vía excretoria. Hay unos vasos que sangran vivamente y que se los toma con pinzas Bertola y se los liga. Queda una hemostasia satisfactoria. Con catgut triple cero se hace una sutura en bolsa de la vía excretoria y sobre un acolchado de grasa se procede a suturar la zona cruenta del parénquima con puntos en U. La cápsula que había sido conservada se sutura también por arriba reforzando la sutura del parénquima.

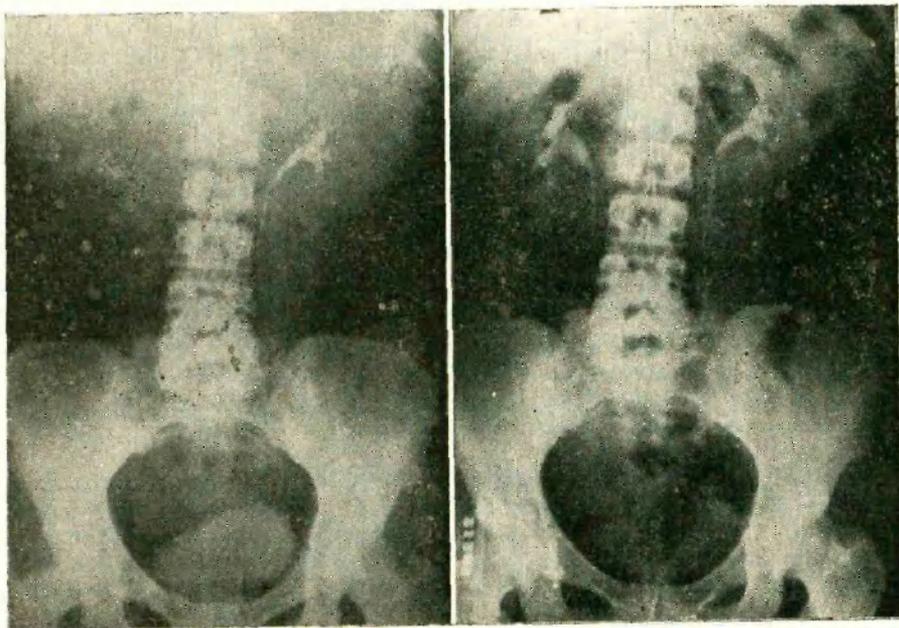
Se repone el riñón en su posición. Se comprueba que no sangra observándosele durante algunos minutos. Se coloca un drenaje de tubo por contrabertura. Cierre de la cápsula grasosa y cierre total de la herida por planos.

En el post-operatorio tuvo vómitos por intolerancia gástrica, que obligó a mantenerla con suero durante cuatro días, desapareciendo con ellos todo problema post-quirúrgico. El drenaje se dejó por siete días, no dando sangre ni orina en ningún momento.

A las dos semanas del acto quirúrgico la paciente es dada de alta en perfectas condiciones físicas.

Fué vigilada por consultorio periódicamente, habiendo cedido completamente sus dolores.

A los dos meses de la operación se efectuó un control radiográfico, donde se ve la perfecta función de ambos riñones con la extirpación del sistema dilatado (ver figura 2).



Urograma excretor preoperatorio

Urograma excretor postoperatorio

*Consideraciones:* No fué fácil decidimos a efectuar esta intervención. Tal vez sin la sospecha de la existencia del cálculo y la insistencia de la enferma para que la aliviáramos de su dolor no nos hubiéramos decidido.

No creemos que sea una indicación corriente pero el resultado del alivio absoluto que tiene hasta hoy la enferma justifica la decisión terapéutica tomada.

*Dr. Carreño.* — A los dos o tres días me informaron que la señora tuvo un violentísimo cólico hepático, por lo que las dudas que teníamos al operarla se nos hicieron más patentes. Se le hizo una nueva colecistografía en la cual apareció el cálculo. De todas maneras, la mujer estuvo cinco meses en perfectas condiciones. Nos quedó empero la duda de si ese cálculo era de formación posterior, porque a la enferma le habían desaparecido los dolores. Es un interrogante que se nos planteó después de haber escrito este trabajo.

#### DISCUSION

*Dr. Comotto.* — Pido la palabra.

Quisiera preguntar al comunicante qué fue lo que lo indujo a efectuar la nefrectomía parcial, y si después en la pieza anatómica del segmento renal extirpado encontró alguna lesión que justificara la conducta quirúrgica y además, si la liberación del órgano para hacer la nefrectomía parcial podría explicar la cesación de dolores.

*Dr. Irazu.* — Deseo colaborar con el interesante trabajo de los doctores Trabucco, Carreño y Levati, con un reciente caso de litiasis renal en que se nos presentó la oportunidad de una nefrectomía parcial. Ya teníamos algún conocimiento de esta serfa nefrectomía parcial de riñón traumatizado. Después tuvimos dos casos más; uno de ellos incompleto, pues no se reseco la parte correspondiente, y el otro con una fistulización que nos obligó a hacer una nefrectomía. Se trataba de una mujer de 50 años de edad a la que tuvimos que sacar un cálculo.

Siempre solemos ir preparados para hacer nefrectomía parcial y hemos tenido la feliz oportunidad de hacerla sin dificultades, sin dejar drenaje alguno y luego de una evolución de una semana más o menos, a la enferma la consideramos prácticamente curada.

Es una operación realizable que tiene algunas indicaciones. Hay que poner en evidencia la necesidad de no apartar el pedículo, pues el quiste comprime el pedículo venoso. En aquella intervención uno de los ayudantes quería ayudar comprimiendo los vasos, actitud que más bien perjudicaba.

El otro detalle consiste en dejar el riñón en un lugar adecuado para evitar la formación de una acodadura del uréter.

Aquí se ve (Fig. 1) una zona de litiasis, en el lado derecho. Es una peliografía excretora en la que también se ve la dilatación en la parte alta del riñón.

Comprobada la permeabilidad de esa porción del uréter y la resección de la parte superior (Fig. 2) donde habría un cálculo en forma de botón de camisa.

*Dr. Schiappapietra.* — He escuchado atentamente las indicaciones de la nefrectomía parcial y considero de avanzada el cálce doloroso, no existiendo alteraciones de conformación anatómicas de aspecto irreductibles, de recidivas sépticas-litiásicas. En cuanto a los quistes, y en especial los parasitarios, la resección cumple sin riesgo y muy satisfactoriamente su cometido.

Pregunto al comunicante si la presentación de este caso está fundada en las indicaciones.

Pero como he oído, entre las indicaciones, que también los quistes son indicaciones de nefrectomías parciales, yo diría, puntualizando la importancia de las indicaciones, que los quistes séricos, etcétera, no son indicaciones de nefrectomías parciales.

Posiblemente, con el deseo de ser breve, el doctor no puntualizó eso.

*Dr. Carreño.* — Agradezco muchísimo la contribución al trabajo por parte de los doctores Comotto, Irazu y Schiappapietra.

Con referencia a la inquietud del primero, digo que pensamos mucho las cosas antes de hacer la operación y, tal vez, aun la esquivamos... En realidad, son esos enfermos que tan sólo buscan alivio a sus males. Nosotros interpretábamos que esto entraba dentro de las indicaciones porque se obstruía; si no, se le podría llamar hidrocáliz porque está unido por un pequeño cuello, esbozando un doble sistema, posiblemente por un vaso intrasinusal, y sospechábamos que eso era doloroso y que podría dar una dilatación mayor.

Además, teníamos la sospecha por esa imagen que se vio en la primera placa, que daba la sensación de que podía haber un barro biliar que no se comprueba. En la operación no se encontró cálculo de ninguna índole; el parénquima estaba sano. Eso fue lo que nos movió a llevarla al quirófano.

Me parece muy interesante el resultado obtenido por el Dr. Irazu. Creo que es un caso con un período tal vez más avanzado que el comentado por nosotros. Tal vez podría haber evolucionado hacia la formación de una litiasis al dilatarse aún más. Por eso creo que pueda ser una indicación, sobre todo cuando hay síntomas dolorosos.

En lo que respecta a la pregunta del Dr. Schiappapietra, sobre los quistes, yo los llamaría quistectomías, no nefrectomías parciales. Porque, generalmente, cuando uno opera un quiste, reseca la cápsula o los extrae más o menos enteros, pero rara vez se pasa a través del parénquima. Por eso decimos que no están incluidos los quistes como nefrectomías parciales. Es un punto de vista.

*Dr. Schiappapietra.* — ¿Me permite, señor presidente?

Es precisamente a eso a que me refiero, porque los quistes no pueden incluirse en ningún momento, salvo los quistes parasitarios. Usted habló de quistes.

*Dr. Carreño.* — No, doctor.

*Dr. Schiappapietra.* — Sí.

*Dr. Alsina.* — Hay un acuerdo tácito...

*Dr. Carreño.* — Para mí, el quiste es una quistectomía.

*Dr. Schiappapietra.* — Estamos de acuerdo.

*Dr. Alsina.* — ...porque la definición del Dr. Schiappapietra y la aclaración que hizo al Dr. Carreño, terminan en lo mismo: no es una nefrectomía parcial, ni constituyen tampoco indicaciones para nefrectomía parcial.